

TRAVAIL DE LA CLINIQUE
DES MALADIES CUTANÉES & VÉNÉRIENNES DE L'ANTIQUAILLE

LES CARACTÈRES INITIAUX
DE
L'ACCIDENT PRIMITIF
DE LA SYPHILIS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL CADÉAC

EX-INTERNE SUPPLÉANT DES HOPITAUX DE LYON

né le 25 Juin 1893, à la Chapelle de Guinchay (Saône-et-Loire)



LYON
LA SOURCE, G. NEVEU & C^{IE}
21, RUE VIEILLE-MONNAIE, 21

LES CARACTÈRES INITIAUX
DE L'ACCIDENT PRIMITIF DE LA SYPHILIS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1922-1923. — N° 54

TRAVAIL DE LA CLINIQUE
DES MALADIES CUTANÉES & VÉNÉRIENNES DE L'ANTIQUAILLE

LES CARACTÈRES INITIAUX
DE
L'ACCIDENT PRIMITIF
DE LA SYPHILIS



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL CADÉAC

EX-INTERNE SUPPLÉANT DES HOPITAUX DE LYON

né le 25 Juin 1893, à la Chapelle-de-Guinchay (Saône-et-Loire)



LYON
LA SOURCE, G. NEVEU & C^{ie}
21, RUE VIEILLE-MONNAIE, 21

PERSONNEL DE LA FACULTE

M. HUGOUNENQ	DOYEN HONORAIRE.
MM. J. LÉPINE	DOYEN.
ROQUE	ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE A.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARB
Clinique ophtalmologique.	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Chirurgie infantile	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique	ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie.	X.
Anatomie générale et Histologie.	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.	POLICARD
Anatomie pathologique.	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOU
Hygiène.	VILLARD.
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie.	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL.
Urologie.	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Embryologie	GRAVIER.
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	SARVONAT	BONNET
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE (G.)	NOEL, chargé des
CADE	COTTE	ROCHAIX.	fonctions

M. BAILE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NICOLAS, Président ; ROCHET, Assesseur
MM. CADE et LUCIEN THEVENOT, Ag^{ré}és.

*La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui
qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend
leur donner ni approbation ni improbation.*

A L'INSPIRATEUR DE CETTE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR J. LACASSAGNE.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma gratitude pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A MON FRÈRE

A QUELQUES AMITIÉS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Antiquaille
Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux et re-
connaissant.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR V. ROCHET

Professeur de Clinique urologique
Chirurgien de l'Antiquaille
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il m'a à plusieurs reprises
prodigué ses conseils et ses
encouragements avec la
plus affectueuse sollicitude.
Je le remercie du fond du
cœur et l'assure de mon
fidèle attachement.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Avant tout, une définition. Qu'entend-t-on par caractères initiaux de l'accident primitif de la syphilis ? Ce sont ceux qui accompagnent la première manifestation de cette lésion locale, qui marquent son éclosion, et surtout qui ne dépassent pas le stade où cet accident primitif reste uniquement local, où la chaîne lymphatique est encore intacte.

J'excluerai donc de cette étude tout accident primitif, même à caractères encore flous, dont l'envahissement lymphatique serait déjà marqué par le cordon dur de lymphite et la pléiade ganglionnaire typique, — à moins toutefois que cette lymphite et cette adénopathie soient imputables à un autre accident primitif voisin, déjà en pleine maturité.

Je prendrai comme type descriptif le chancre des muqueuses, plus particulièrement le chancre de la

muqueuse génitale qui est le plus fréquent. Le chancre syphilitique des téguments cutanés a à son début une physionomie bien plus anodine qui le fait souvent passer absolument inaperçu.

Avant d'entreprendre une esquisse du chancre syphilitique naissant, tel qu'on l'observe en clinique, j'exposerai les données fournies par l'expérimentation chez l'homme, puis chez l'animal, en essayant de préciser dans quelle mesure, il y a lieu de tenir compte de ces données.

Ce travail n'a pas de prétentions. Il tente simplement de préciser, dans la mesure du possible, cette première manifestation de la syphilis, d'attirer l'attention sur elle, surtout à notre époque où la question de l'urgence du diagnostic précoce du chancre syphilitique se trouve être à l'ordre du jour par les résultats si satisfaisants que donne un traitement d'attaque bien conduit, à la condition qu'on l'applique de très bonne heure : ce double fait, d'une part de voir ainsi se réduire presque à néant la durée de la période contagieuse, d'autre part d'avoir des chances de voir avorter l'infection, en ayant en quelque sorte surpris l'embryon dans l'œuf, m'a paru d'une assez haute portée prophylactique, pour imaginer que ces lignes, ces quelques faits exposés dans ce travail pourront au moins intéresser quelques-uns.

Mais avant d'entreprendre cette étude, je tiens à exprimer à mon Maître, M. le Professeur Nicolas, toute ma gratitude. J'ai retrouvé auprès de lui l'accueil si bienveillant, tout empreint de bonté, que

j'avais pu déjà apprécier à l'époque où je fus son externe. Des circonstances particulières me tinrent éloigné pour un certain temps de son précieux enseignement dermatologique : C'est un regret sincère pour moi, de n'avoir pu profiter autant que je l'aurai voulu de ses conseils judicieux et éclairés. Je suis heureux qu'il m'ait fait l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse et je l'en remercie avec toute l'estime respectueuse que j'ai pour lui.

Ma tâche fut facile, M. le Docteur Jean Lacassagne, fut non seulement l'inspirateur de ce travail, mais il y prit une large part, tant par l'aide qu'il m'apporta si généreusement dans sa rédaction, que par la documentation sérieuse qu'il eut soin de me fournir et les conseils qu'il ne m'a pas ménagés avec sa verve coutumière, et son esprit de franche camaraderie. Qu'il trouve dans ces quelques lignes l'expression de ma reconnaissance et de ma sympathie.

Mes remerciements vont aussi à M. le Docteur L.-M. Bonnet, médecin de l'Antiquaille, qui eut la bonté de me remettre une nouvelle observation.

Je remercie enfin MM. les Docteurs Massia, Gâté, Pillon et Dupasquier, des renseignements et des conseils qu'ils m'ont donnés, au début de mes études dermatologiques.

Je suis heureux enfin d'avoir retrouvé auprès de plusieurs de mes anciens camarades, cette parfaite cordialité, avec laquelle ils m'ont accueilli parmi eux.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est à la faveur de la grande endémo-épidémie du XV^e siècle (1494 à 1496, d'après Astruc) que la syphilis sort de l'ombre : « Elle éclate alors comme le soleil et aveugle qui ne la verrait pas dans les récits de tous les contemporains. » (1)

Fracastor fait une description de cette épidémie du xv^e siècle ; on y retrouve en masse, pêle-mêle il est vrai, mais assez fidèlement rapportés les symptômes principaux appartenant à chacune des trois périodes de la maladie (2).

(1) J. ROLLET, *Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis*, Baillière, 1861, p. 110.

(2) FRACASTOR, *De morbis contagiosis*, Venise, 1546, livre II, chap. I.

Pour ce qui est de l'accident primitif, il faut distinguer au point de vue historique dans son étude et dans les descriptions auxquelles il donna lieu quatre périodes très différentes et surtout de durée très inégale : la première, fort longue, qui va du xv^e siècle jusqu'en 1850-1860 où la syphilis reste en somme livrée à l'empirisme ; la seconde qui s'ouvre avec Bassereau et Rollet et qui peut être considérée comme la période clinique. La troisième est la période expérimentale ; elle est inaugurée par la brillante communication de Metchnikoff et de Roux (28 juillet 1903) sur l'inoculation expérimentale de la syphilis aux singes anthropoïdes. Enfin la quatrième étape est franchie par la découverte du tréponème en 1905 par Schandinn et Hoffmann. C'est la période contemporaine, période d'observation clinique vérifiée par le laboratoire.

Ces divisions sont peut-être un peu schématiques : ces quatre périodes se pénètrent en réalité, mais à l'avènement de chacune d'entre elles cependant est attachée une date qui marque un pas de franchi dans la solution du problème.

1^{re} PÉRIODE. — C'est la période de l'empirisme avons-nous dit. Durant plusieurs siècles, l'hérésie vient à plusieurs reprises jeter son ombre sur les travaux des premiers observateurs ; cependant la lumière se fait peu à peu et se dégage ainsi, après plusieurs bonds en arrière, la notion du chancre induré avec ses caractères spéciaux et ses symptômes satellites.

Ne cherchons pas dans les œuvres des syphiligraphes de la fin du xv^e siècle et du commencement du xvi^e des renseignements sur le début du chancre syphilitique. Ces auteurs ont constaté l'accident primitif, ils en ont noté les caractères primordiaux : c'est déjà très beau, surtout par opposition aux erreurs qui se firent jour dans la suite. Avant tout, c'est l'*induration du chancre* qui frappe la plupart des observateurs.

Dès 1497, Gaspard Torella parle de l'ulcère dur. « Quinta species est ulcus cum duritie et tale difficile curatur; cum non tali mollitie facile. » (1).

Et déjà, comme on le voit, cet auteur soupçonnait la relation entre l'induration et la malignité du chancre, mais pour lui, comme pour les autres, il n'y avait là qu'un seul chancre qui pouvait se manifester sous deux modes différents.

En 1514, Jean de Vigo est plus précis :

« Les premiers symptômes de cette maladie se portaient presque invariablement sur les organes génitaux, c'est-à-dire sur la verge ou la vulve. Ils consistaient en de petits boutons ulcérés, d'une coloration tantôt brunâtre et livide, quelquefois même noire, tantôt légèrement blanchâtre. Ces boutons étaient circonserits par un bourrelet d'une dureté calleuse (cum callositate circumdante) . » (2)

En 1527, Jacques de Bethencourt (3) constate que :

(1) Aphrodisiacus, t. II, p. 491.

(2) JEAN DE VIGO, Le mal Français. Collection des anciens syphiligraphes, p. 30.

(3) Nouveau carême de pénitence. Collection des anciens syphiligraphes.

« Si la contagion résulte du commerce vénérien, les premiers phénomènes de la maladie apparaissent toujours sur les organes génitaux où se produisent des ulcères sanieus et virulents. »

Malheureusement Georges Vella (1508), puis Nicolas Massa (1532) englobaient déjà le bubon et le chancre simple dans les symptômes de la vérole. Puis c'est Brassavole qui dès 1553 y fait rentrer la blennorrhagie.

Fernel lui-même, bien que clinicien hors de pair, écrit :

« Quand le poison par eux est inoculé par le contact humide des parties génitales, il y développe d'abord des pustules et des petits ulcères malins et rebelles. Ensuite sa vapeur ou son esprit se glissant par le canal de l'urètre, la gonorrhée se produit, et celle-ci semble vomir le poison au dehors. » (1).

Cependant, malgré la confusion qui régnait, Fallope en 1555 faisait une description assez minutieuse de « l'ulcère malin » comme il l'appelle ; il insiste toujours sur sa consistance calleuse et note de plus la lymphite indurée qui l'accompagne. Tous les auteurs qui suivent, tels que Botal, J.-L. Petit, Astruc, Hunter, insistent toujours sur l'induration dont ils font le symptôme primordial.

Ambroise Paré, en 1652, signale « les adénopathies inguinales qui s'en retournent dans le corps sans le suppurer. » (2)

(1) FERNEL, Le meilleur traitement du mal vénérien, 1579. Collection des anciens syphiligraphes, p. 317.

(2) AMBROISE PARÉ, Œuvres complètes, 11^e édition, Lyon, 1652, p. 445.

Mais toutes ces données demeuraient sans valeur par le fait de cette confusion entre les maladies vénériennes. Cependant c'est à cette époque que Babington, l'annotateur du livre de Hunter, essaye de décrire pour la première fois le début du chancre induré :

« L'épaississement du tissu, dit-il, précède en général l'ulcération ; le premier effet de l'infection vénérienne est de produire l'induration ; le second, de produire l'ulcération de la partie indurée. » (1)

Nous verrons plus loin que Du Castel à une époque beaucoup plus rapprochée de nous s'exprime à peu près dans les mêmes termes.

Ricord semble avoir été un des premiers à signaler l'indolence du chancre syphilitique à son début (2) malheureusement on est peu tenté de donner créance à ce qu'écrivait le chirurgien de l'Hôpital du Midi, qui ne faisait pas de distinction entre le chancre infectant et le chancre simple.

2^e PÉRIODE. — Le chancre induré prend une physiologie clinique précise.

C'est à Bassereau que nous devons la notion de dualité du virus chancreux (1852). Mais la théorie dualiste ne triomphe véritablement qu'après les recherches de J. Rollet, qui, frappé par la variabilité des résultats des inoculations sur l'homme, eut le premier la notion du chancre mixte et la démontra.

A vrai dire cette ère de précisions cliniques a été préparée par les inoculations de virus chancreux à

(1) Hunter, p. 413.

(2) RICORD, Leçons sur le chancre, publiées par A. Fournier, 1858, p. 80 et 81.

l'homme. Cette série d'expériences ouvertes par Wallace dès 1835, poursuivies de 1850 à 1860 par le professeur Pellizari de Florence, Waller Gilbert, Gailleton et J. Rollet), ne prit fin que lorsque les dangers de semblables méthodes apparurent par trop manifestes. Il s'en dégagèrent cependant des notions relatives au début du chancre syphilitique cutané, comme nous le verrons plus loin.

3^e PÉRIODE. — C'est la période scientifique expérimentale. L'inoculabilité de la syphilis à certains animaux avait été recherchée depuis fort longtemps : dès 1844, Auzéas Turenne avait inoculé le chat au niveau de l'oreille, et les résultats étant restés tout ce qu'il y a de plus hypothétiques, les essais furent à peu près abandonnés. En 1871, cependant, Legros tente d'inoculer au cobaye le virus syphilitique. Plus tard Bertarelli a le mérite de démontrer pour la première fois par des expériences méthodiques et précises la transmissibilité du virus syphilitique au lapin.

En 1879, Klebs constate le premier que chez le singe, le processus de la vérole inoculée ressemble de très près au processus observé chez l'homme. Martineau et Hamonic en 1883 inoculent le macaque au niveau du pénis et reproduisent un accident local induré accompagné de syphilides papulo-érosives sur la verge avec adénopathie locale et générale.

Mais, tout l'honneur de la première étude sérieuse de la syphilis du singe anthropoïde revient à Metchnikoff et à Roux (premier mémoire, 28 Juillet 1903) date qui marque une étape nouvelle dans l'étude du

chancre syphilitique. C'est alors au cours de la même année que Ch. Nicolle publie le résultat de ses expériences personnelles et de celles de son frère, Maurice Nicolle, sur le « *Macacus sinicus* » (1).

Plus tard, Levaditi, puis Thibierge et Ravaut, rapportent les résultats de nouvelles expérimentations sur les singes inférieurs. Et ainsi se dégagent nettement les caractères du chancre syphilitique naissant, et ses variétés suivant les différentes espèces.

4^e PÉRIODE. — Nous serons brefs sur cette période contemporaine. Elle s'est ouverte en 1905 par la découverte du spirochète de la syphilis par Schaudinn et Hoffmann. Dès lors le laboratoire est devenu le collaborateur indispensable de la clinique pour tout diagnostic précoce d'ulcération génitale au début.

(1) CH. NICOLLE, Ann. Institut Pasteur, 1903, vol. 17, p. 636.

CHAPITRE II

ÉTUDE DE LA PÉRIODE INITIALE DU CHANCRE SYPHILITIQUE EXPÉRIMENTAL

Avant d'entreprendre une description de la période initiale du chancre syphilitique vénérien, il est naturel que nous nous adressions à l'expérimentation qui ne peut manquer, semble-t-il, de nous fournir des données intéressantes : le mode d'apparition du chancre a été ainsi surveillé par une observation attentive et méthodique.

Les inoculations ont été pratiquées, nous l'avons vu, tout d'abord sur l'homme.

I. — LE DÉBUT DU CHANCRE EXPÉRIMENTAL CHEZ L'HOMME.

Quelque critiquables que soient les inoculations de virus à un sujet sain, il faut bien reconnaître les ser-

vices éclatants rendus par cette pratique, puisque c'est en employant cette méthode que l'individualisation de la syphilis se réalisa : l'étude cette maladie se compléta de ce fait par l'acquisition de données nouvelles et fondamentales : la notion de contagiosité des accidents secondaires par exemple.

Mais ce qui doit nous intéresser actuellement dans ces inoculations, indépendamment des doctrines que ces pratiques voulaient, soient corroborer, soit infirmer, c'est que, pour la première fois, le stade initial de l'accident primitif fut décrit.

Nous passons sous silence les descriptions anciennes des auteurs ignorant alors la dualité du chancre, celles de Ricord notamment qui sont en réalité des descriptions de chancres simples. Il en était de même des cas de Hunter qui en 1767 s'inocula lui-même un virus mixte contenant le virus syphilitique mêlé à du pus blennorrhagique, et celui de Melchior Robert, qui inocula une sécrétion de chancre mixte à un étudiant en médecine.

Nous avons vu que les premières inoculations véritables sur l'homme de produit syphilitique sont celles de Wallace en 1835. Ce dernier frictionnait avec l'extrémité du doigt recouvert d'un linge la surface de l'épiderme « dans l'étendue d'un schilling » (*sic*) et sur cette surface devenue rouge vif et saignante, il maintenait de la charpie souillée par le produit syphilitique. Malheureusement Wallace interprétait mal ses résultats : bien que la lésion qu'il avait reproduite, par la description qu'il en fait, ait tous les caractères du chancre induré, il s'imaginait toujours

se trouver en présence du type même de lésion qui avait fourni la matière contagieuse : par exemple, à son avis, la sécrétion d'un condylome ne pouvait donner naissance qu'à un condylome.

De nouvelles inoculations eurent lieu de 1850 à 1860. L'Anonyme du Palatinat (Secrétaire de l'Association de médecine du Palatinat) sur quatorze cas n'eut que quatre succès (1).

Les inoculations étaient pratiquées au niveau du bras au moyen de la lancette à la façon de vaccinations anti-varioliques.

On connaît le cas du Professeur Pellizari, de Florence, qui expérimenta sur la personne de trois praticiens.

De nombreuses observations relatives à des inoculations sur des malades d'hôpital (cas de Waller, Gibert, Guyenot, Gailleton et J. Rollet) sont rapportées dans l'ouvrage de ce dernier (2). Bien entendu, le résultat de ces expériences fut étudié jour par jour et rigoureusement consigné dans les observations. En compulsant celles-ci — et elles sont très détaillées, à part celles de l'Anonyme, — on constate que le chancre, surpris à son extrême début, s'est toujours manifesté par une rougeur circonscrite qui devient bientôt saillante formant une papule ou un tubercule de couleur rouge brun, qui, après avoir passé parfois par un court stade d'exfoliation épidermique sèche, s'ulcère toujours assez rapidement, —

(1) Voir Archives générales de médecine, mai, 1858.

(2) Traité des maladies vénériennes, Paris, Masson, 1865, p. 495 à 535.

l'ulcération se recouvrant le plus souvent d'une petite croûte humide.

Ce n'est que dans quelques cas rares qu'on a noté à la surface de l'élevure sèche un soulèvement de l'épiderme sous forme de vésicule ou de petite pustule.

Dans l'observation XX de Guyenot, par ex. (1) on constata le vingt-huitième jour « une papule très petite, sans élévation à la peau, d'une couleur rougeâtre » suivie le lendemain de « trois pustules grosses chacune comme la tête d'une épingle » qui apparaissent au niveau des trois piqûres sans aucune trace d'inflammation à leur pourtour. Deux jours après, ces pustules se rompent et laissent à nu trois ulcérations.

Notons aussi que dans quelques cas, exceptionnels également, l'apparition des éléments papuleux a été précédée d'une sensation de chaleur et de cuisson (observ. XXIII, de Wallace), (2), ou quelquefois accompagnée d'un léger prurit (observ. VIII, de Belhomme), (3) Le plus souvent, indolence absolue.

En résumé, après une inoculation de vingt-cinq jours en moyenne, une *papule à laquelle succède une ulcération*, tel serait le schéma de la manifestation initiale du chancre syphilitique reproduit par inoculation. Fournier résumait admirablement bien la lésion naissante, avec ses trois stades qu'elle traverse :

(1) J. ROLLET, id., p. 524.

(2) ROLLET, loc. cit., p. 527.

(3) ROLLET, p. 501-502.

1° Production d'une saillie ou papule rougeâtre ou point inoculé ;

2° Erosion superficielle de cette papule ;

3° Epaississement, rénitence croissante, induration de la papule érodée.

L'ulcération consécutive semble être la règle. Les observations montrant la lésion arrêtée au stade papuleux et rétrocedant ne sont pas assez fondées pour qu'on puisse leur accorder quelque créance, les unes comme celle du malade de l'Anonyme, décrivant une papule qui n'est certainement pas un accident primitif, les autres ne tenant pas compte du traitement concomittant qui a pu modifier la lésion. (Observation VIII). (1)

Remarquons enfin que toutes ces inoculations furent pratiquées au niveau de surfaces cutanées : elles nous schématisent assez bien comme nous le verrons plus loin la description de la période initiale du chancre syphilitique des régions cutanées. Mais de là à vouloir y trouver la modalité selon laquelle apparaît également tout chancre syphilitique vénérien à son début, il y a une marge ! Nous verrons en effet plus loin que le chancre des muqueuses ne commence pas de la même façon que le chancre de la peau. Il est certain cependant que si J. Rollet avait le tort de trop vouloir identifier ses observations cliniques aux résultats que donnent les chancres inoculés, il faut reconnaître avec lui que, dans certains cas (chancre des régions cutanées), c'est le chancre inoculé artificiellement qui nous permet de mieux saisir tous les

(1) ROLLET; p. 501-502.

détails de la période initiale de la maladie.

Mais l'expérimentation n'avait pas dit son dernier mot.

II. — LE DÉBUT DU CHANCRE EXPÉRIMENTAL CHEZ L'ANIMAL.

Nous avons vu que ces études de syphilis expérimentale par l'inoculation sur l'homme demeuraient incomplètes par le fait qu'elles ne s'étaient jamais appliquées à reproduire le chancre sur les muqueuses, et plus particulièrement sur celle qui est le siège de la majeure partie des accidents primitifs, la muqueuse génitale. D'autre part, les réels dangers de la méthode chez l'homme, quelques résultats « fâcheux ! » ne tardèrent pas à alarmer le corps des expérimentateurs. Or, le spirochète n'était pas encore découvert : il était naturel que l'on cherchât dans l'inoculation expérimentale à l'animal un moyen de confirmer le diagnostic du chancre syphilitique, comme on confirme encore aujourd'hui celui de tuberculose par l'inoculation au cobaye de sécrétions ou de liquides tuberculeux. Aussi, abandonna-t-on l'inoculation chez l'homme en faveur de l'inoculation à l'animal. Quel animal choisir ?

Nous savons qu'Auzeas Turenne avait échoué chez le chat. Legros ne fut pas plus heureux avec le cobaye, Horand et Cornevin, Martineau et Humonic essayèrent d'inoculer le porc : toujours pas de résultats probants. Neisser sur 18 pores n'obtint qu'un seul résultat positif. Bertarelli sur le lapin avait réussi à reproduire des lésions cornéennes spécifiques, des

kératites chaneriformes, contenant le tréponème en grande abondance (février-mars 1907). Parodi (1), vers la même époque, inoculant le même animal au niveau du testicule, voyait se reproduire, dans certains cas, une simple orchite ou périorchite diffuse avec épaissement de la vaginale, mais, dans d'autres cas, une ulcération de la peau du scrotum ayant une allure de chancre induré (malheureusement on ne nous en décrit pas l'évolution). Hoffmann (2), confirmant ce résultat, déclare avoir obtenu une lésion papuleuse au point inoculé, cinq semaines après l'inoculation, avec le tréponème au niveau de la papule, et engorgement ganglionnaire correspondant, ce dernier fait restant exceptionnel, comme le montrèrent les expériences d'Uhlenhut, Löhe et Mulzer (3).

On voit que ces données restent malgré tout insuffisantes pour nous permettre de nous faire une opinion sur la première manifestation du chancre syphilitique expérimental.

Or, les expériences de Metchnikoff et Roux sur les singes anthropoïdes, celles de Ch. Nicolle et Levaditi, reprisés ensuite par Thibierge, Ravaut et Le Sourd, nous ont laissé des travaux contenant des descriptions minutieuses de l'évolution du chancre syphilitique, chez les anthropoïdes d'une part, chez les singes inférieurs (Macaques et Cynocéphales) d'autre part.

(1) PARODI, *Centralbl. für Bakteriolog. Orig.*, 1906, p. 428.

(2) HOFFMAN, *Deut. Med. Woch.*, 1908, n° 30, p. 1335.

(3) UHLINHUT ET MÜLZER, *Berliner Klin. Woch.*, n° 15, 10 avril 1911, p. 653-657.

A. — *Début du chancre expérimental chez
les singes anthropoïdes.*

Ce sont les plus proches de l'homme, et nous allons voir que leur inoculation reproduit d'autant plus fidèlement l'évolution du chancre syphilitique humain que leur degré de parenté avec l'espèce humaine est plus accusé.

Les expériences de Metchnikoff et de Roux en 1903, consistaient à inoculer les produits de grattage de lésions syphilitiques sur le prépuce clitoridien et sur le bord de l'arcade sourcilière chez le chimpanzé femelle. Voici ce qu'ils constatèrent lors de leur première communication en juillet 1903 (1) :

« Pendant les trois premières semaines après l'inoculation, aucune manifestation morbide; mais le
« vingt-sixième jour, après l'introduction du virus,
« il est apparu du côté droit, près du clitoris, à l'endroit de l'inoculation, une petite *vésicule* ovale,
« transparente, entourée d'une zone rougeâtre, qui
« ne tranchait pas brusquement sur les parties environnantes. Les jours suivants, la vésicule s'est
« transformée en une ulcération enfoncée au milieu
« d'un tissu très nettement induré. Le fond du
« chancre se présentait sous forme d'une plaque
« arrondie *de couleur ocre*; mais au bout de peu de
« temps, l'ulcère s'est couvert d'une fausse mem-

(1) Bulletin de l'Académie de Médecine, 1903, 28 juillet.

« brane grise avec des contours très nets ». Tel est le compte-rendu de leur première expérience : ils avaient opéré par inoculation dans un pli du prépuce clitoridien.

Les expériences ultérieures ont montré que les lésions débutent parfois par une ou plusieurs petites vésicules opalines, fermes et remplies de liquide, à allure *herpétiforme*, qui bientôt s'aplatissent et font place à des croûtelles, *plus souvent par une tache papuleuse* qui ne tarde pas à s'éroder et dont le fond rouge, régulier, lisse, a toute l'apparence du chancre humain. Voici d'ailleurs les conclusions de Metchnikoff et de Roux après leurs expériences sur dix chimpanzés différents :

« L'accident primaire débutait sous forme d'une
« petite tache à peine plus rose que les parties environnantes et faisant une saillie très légère. Quelquefois, ces caractères étaient si peu prononcés au début, que l'on pouvait hésiter sur leur signification et ce n'est que plus tard que leur nature syphilitique s'accusait d'une façon indiscutable. Les taches rondes ou ovales ne tranchaient jamais brusquement sur les parties voisines, mais se confondaient avec elles graduellement ».

« Deux fois seulement, nous avons vu apparaître au milieu de taches roses, des petites vésicules fermées et remplies de liquide. C'était d'abord sur le prépuce clitoridien de notre premier sujet d'expérience, où la vésicule initiale était transparente ; et ensuite sur la paupière supérieure d'un

« autre chimpanzé, où les deux petites taches roses
« du début se sont présentées le lendemain couvertes
« de deux vésicules opalines, grisâtres, non transpa-
« rentes. Bientôt après leur apparition, les vésicules
« s'applatissaient et se transformaient en croûtes ;
« d'abord très petites, celles-ci grandissaient pro-
« gressivement ».

« *Sauf ces deux cas exceptionnels, les vésicules ne*
« *se développaient jamais.* Les petites taches roses
« présentaient le lendemain ou plusieurs jours après
« leur apparition, de toutes petites squames dans
« leur partie centrale. Ces squames, d'abord sèches,
« se transformaient plus tard en croûtes jaunes ou
« brunâtres, qui devenaient de plus en plus grosses,
« se fendaient et laissaient souvent suinter une séro-
« sité claire. Au bout d'un nombre variable de jours,
« les lésions décrites se transformaient en chancres
« indurés très caractéristiques. Quelques jours après
« l'apparition de la lésion primaire, les ganglions
« lymphatiques de la région voisine s'hypertro-
« phiaient (1) ».

De cet exposé, nous retenons et nous insistons en-
core sur ce fait que, chez le chimpanzé, la lésion spé-
cifique typique débute, non par une vésicule, mais par
une tache légèrement surélevée.

Quant aux autres anthropoïdes, le Gibbon, par
exemple, inoculé par Neisser, présentait au lieu
d'inoculation dans un délai à peu près analogue à la
durée de l'incubation chez le chimpanzé, un œdème

(1) Etudes expérimentales sur la syphilis (3^e mémoire).

— Ann. de l'Institut Pasteur, novembre 1904, n° 11, p. 658.

dur du pénis et une réaction lymphatique de voisinage absolument indolore. Il n'y a pas à dire, les caractères du chancre sont déjà plus flous.

Levaditi et Roché (1), dans leur ouvrage, nous rapportent les résultats d'inoculation chez l'orang-outang. Celui-ci ne réagit vis-à-vis de l'infection syphilitique que par la lésion locale primaire (2). L'incubation est plus courte, de 22 à 24 jours : le chancre débute par une *vésicule herpétiforme* ; on observe une adénopathie régionale, et la guérison se fait au bout de six semaines.

Ces résultats comparés justifient donc le parallélisme invoqué plus haut entre la façon dont les singes anthropoïdes se comportent vis-à-vis du virus syphilitique d'une part, et leur degré de parenté avec l'espèce humaine d'autre part.

B) *Début du chancre expérimental chez les singes inférieurs.*

Les singes inférieurs choisis étaient des macaques et des cynocéphales.

Longtemps les résultats de l'expérimentation furent déroutants ; résultats tantôt inconstants, tantôt variables, alors même que l'inoculation portait sur une espèce identique de macaques.

Metchnikoff et Roux, qui expérimentèrent aussi sur les macaques, accusèrent 61,8 p. 100 de résultats positifs. Au point d'inoculation (région frontale), appa-

(1) LEVADITI ET ROCHÉ, La Syphilis - Expérimentation - Microbiologie - Diagnostie, Masson, 1909, chap. II.

(2) D'après les observations de Metchnikoff et Roux, de Lassar et Nusser.

raissaient au bout de 23 jours « plusieurs petites
« taches rougeâtres, tranchant peu sur les téguments
« voisins avec lesquels elles se continuent ; isolées
« au début, les tâches se réunissent et, sur leur fond
« uniforme, apparaissent de petits nodules plus fon-
« cés qui s'érodent au bout de quelques jours et se
« recouvrent de croûtes ; les érosions confluent et
« bientôt se dessine une ulcération à bords nets et
« tranchants, à aspect polycyclique, etc... » (1).

Donc aspect bien moins typique que chez le chimpanzé.

En Allemagne, Neisser et Lassar publient 81 % de résultats positifs.

Thibierge et Ravaut (2) ont prouvé que cette grande variabilité de résultats obtenus tenait au choix de la région où se faisait l'inoculation.

Quand l'inoculation était pratiquée sur une région dépourvue de poils, on obtenait « *une tache rouge*
« *sur laquelle se développe une saillie d'apparence*
« *papuleuse*, de coloration rouge ou rosée, qui se
« recouvre de squames blanchâtres ou grisâtres plus
« ou moins larges, rarement épaisses ; cette élévation
« papuleuse peu saillante, tantôt nettement limitée,
« tantôt à contours diffus, est parfois légèrement
« infiltrée, ferme ; jamais elle ne présente une indur-
« ation limitée comparable à l'induration du chan-
« cre humain du chimpanzé ou de l'orang-outang.
« Dans quelques expériences, elle peut s'excorier et

(1) METCHNIKOFF ET ROUX.

(2) THIBIERGE ET RAVAUT, Ann. de Dermatologie et de syphiligraphie, t. VI, n° 7, juillet 1905.

« être le siège d'une érosion ou d'une ulcération peu
« profonde. » (Thibierge.)

Mais, toujours suivant les mêmes auteurs, il existe une région élective pour l'inoculation : dans le cas particulier des *macacus sinicus* et *cynomalgus*, c'est le bord libre de la paupière ; cette région a d'ailleurs l'avantage pour notre étude d'être à cheval sur une surface cutanée d'un côté et une surface muqueuse de l'autre :

« Au 23^e jour en moyenne, la réaction commence
« à se manifester ; elle se traduit par de l'œdème du
« bord libre de la paupière. D'abord limité au niveau
« des points d'inoculation, cet œdème diffuse peu à
« peu en perdant sa netteté. Les jours suivants, l'in-
« filtration augmente, elle peut s'étendre à tout le
« bord libre de la paupière et le transforme en un
« véritable bourrelet. D'autres fois, et c'est le cas le
« plus fréquents, surtout chez les animaux jeunes,
« l'œdème est moins diffus, mais au niveau du point
« d'inoculation, il se fait un véritable *nodule inflam-*
« *matoire*, au niveau duquel la surface cutanée rou-
« git, fonce de couleur, prend une teinte cuivrée et
« un aspect brillant caractéristique qui rappellent
« assez bien l'aspect de certains éléments papuleux
« de l'homme. » (1).

Ch. Nicolle résume ainsi le résultat des inoculations qu'il a pratiquées sur trois macaques :

« En résumé, chez ces trois singes, l'inoculation de
« produits syphilitiques (chancres ou ganglions) a

(1) THIBIERGE ET RAVAUT, loc. cit.

« déterminé l'apparition locale d'éléments *papulo-squameux*, et, dans un cas seulement, d'un noyau « sous-cutané induré accompagné d'une hypertrophie des ganglions correspondants. » (1)

Ainsi, chez le singe inférieur, l'élément papule est déjà plus marqué au niveau de la lésion naissante, que chez le singe anthropoïde chez lequel cette dernière se manifeste par un élément à peine saillant, une tache « à peine plus rose que les parties environnantes. » Nous verrons plus loin que c'est en effet cette lésion initiale chez l'anthropoïde qui tend le plus à se rapprocher comme aspect de la première manifestation clinique du chancre humain, mais elle ne peut toutefois lui être totalement assimilée ; le mode de pénétration du virus est-il en effet absolument le même dans les deux cas, dans le chancre inoculé expérimentalement et dans celui de chancre contracté à la suite de rapports vénériens ?

Reconnaissons cependant que les expérimentateurs ont fait un effort louable, en voulant se rapprocher le plus possible dans leurs expériences des conditions dans lesquelles se fait l'infection naturelle.

« Je crois, écrit Ch. Nicolle, en ce qui concerne le « virus syphilitique l'inoculation épidermique ou en « tout cas très superficielle préférable à l'inoculation « par scarification. Les lésions les plus manifestes « obtenues dans mes expériences ont eu pour siège

(1) CH. NICOLLE, Recherches expérimentales sur l'inoculation de la syphilis au singe. Ann. de l'Institut Pasteur, n° 10, oct. 1903, p. 636.

« les régions préalablement rosées. N'y a-t-il pas lieu
« d'ailleurs, de se rapprocher dans l'expérimentation
« des conditions dans lesquelles se fait l'infection
« naturelle ; or, chez l'homme, la porte d'entrée du
« virus est, dans la grande majorité des cas, une
« érosion si superficielle qu'elle est méconnue » (1).

(1) CH. NICOLLE, Recherches expérimentales sur l'inoculation de la syphilis aux singes, loc. cit.

CHAPITRE III

LES NOTIONS CLASSIQUES SUR LA PÉRIODE INITIALE DE L'ACCIDENT PRIMITIF EN CLINIQUE

Comment est décrit le début du chancre syphilitique en clinique, dans les divers traités ?

Ces premières manifestations de l'accident primitif ont été, il est vrai, assez rarement surprises. Aussi de nombreux auteurs ont-ils négligé de s'étendre sur cette question dans leurs ouvrages ; beaucoup en font mention, mais dans des termes assez flous.

Nous avons vu que J. ROLLET dans son traité des maladies vénériennes (1865) cherchait dans le chancre expérimental inoculé à l'homme les données relatives à cette période initiale du chancre clinique :

aussi déclarait-il l'avoir toujours vu débiter « soit par une *saillie papulo-tuberculeuse*, soit par une *tache* simplement érythémateuse, puis bientôt envahie par l'ulcération. » (1). Du CASTEL (2) le voit naître également, à l'exemple du chancre inoculé, « par une *papule* sans caractères, parfois même une *vésicule* ; — le phénomène initial traduit un processus prolifératif, plutôt organisateur : ce n'est que plus tard que se produit l'érosion, et même la *papule pourrait rester à ce stade non ulcéré.* »

Cette notion de l'absence possible d'ulcération n'était pas nouvelle. Babington en effet écrivait déjà dans ses annotations du livre de Hunter : « Tantôt « il n'y a point d'ulcération du tout, tantôt il n'y a « qu'une légère excoriation brunâtre de la surface. « Dans ces cas..... le virus vénérien produit son « induration habituelle, mais à raison de la lenteur « de la marche de la maladie et de l'absence d'inflam- « mation, la portion indurée ne passe pas à l'état « d'ulcération. » (3)

Tous les anciens traités de syphiligraphie restent imprégnés de cette idée que le chancre expérimental (chez l'homme) nous donne le schéma exact de la lésion clinique.

Voici ce que nous dit JULLIEN dans son traité des maladies vénériennes datant de 1886 :

« Un sentiment de cuisson, de *prurit* intense, quel-
« quefois des élancements douloureux annoncent le

(1) J. ROLLET, Traité des maladies vénériennes, p. 635.

(2) Du CASTEL, Chancres génitaux et extragénitaux (1895).

(3) Hunter, v. J. ROLLET, loc. cit., p. 540.

« début de l'accident primitif ou le précèdent de
« quelques jours. Un jeune lycéen éprouvait depuis
« huit jours des picotements, quand parut la sclérose
« pour laquelle je lui donnais des soins. Comme le
« chancre d'origine expérimentale, celui qui est con-
« sécutif à la contagion expérimentale, celui qui est
« consécutif à la contagion accidentelle paraît sous
« forme de lésion non-pustuleuse. Le début se fait
« par une petite *tache rouge, érodée ou non*, formant
« dans certains cas une *saillie papulo-tuberculeuse*.
« Quelquefois la tache offre une teinte bronzée ou
« argentée, semblable à celle que laisse sur une mu-
« queuse un crayon de nitrate d'argent. L'érosion
« peut ne pas être immédiate, mais le plus souvent
« elle se montre de bonne heure. » (1)

FOURNIER dans ses remarquables leçons sur la syphilis, parlant de l'accident primitif à sa période embryonnaire, se demande pourtant s'il faut admettre une analogie absolue entre les modes d'évolution du chancre syphilitique vénérien et du chancre inoculé :

« Nous ne savons pas, nous ne pouvons dire si sa
« lésion originelle consiste comme pour le chancre
« inoculé en une rougeur, en une papule sèche qui
« met quelques jours à desquamer. Il est probable,
« certes, qu'il procède de la sorte ; — d'une part,
« l'analogie porte à le croire et d'autre part, en
« deux ou trois cas, on a constaté cette papule sèche
« initiale comme premier rudiment du chancre. Mais
« ce qui n'est pas moins vraisemblable, c'est que, si

(1) Traité pratique des maladies vénériennes, p. 566.

« les choses se passent ainsi, cette rougeur ou cette
« papule sèche initiale doit être bien éphémère sur
« la muqueuse des organes génitaux, car sur cette
« région, il est de nature commune que les éruptions
« sèches deviennent très facilement humides et s'ex-
« folient presque immédiatement. » (1).

Dans son traité de la syphilis, Fournier distingue très bien le chancre cutané du chancre des muqueuses et il fait une description minutieuse de leur mode d'apparition à chacun d'eux.

Sur le tégument cutané, il voit débiter la lésion :
« par un *tout petit bouton très légèrement papuleux*,
« lenticulaire, de forme rougeâtre desquamatif et
« croûteux de surface.

« Sur les téguments muqueux par une *très petite*
« *érosion tout à fait superficielle*, consistant presque
« en une simple exfoliation épithéliale, — érosion
« plane, de niveau avec les parties voisines, sans
« arêtes, circonférencielles et conséquemment sans
« bords, érosion rouge ou rougeâtre généralement,
« mais n'offrant d'ailleurs aucune coloration spé-
« ciale, — érosion fournissant à peine un impercep-
« tible suintement séreux, — érosion enfin à base
« insignifiante ou tout au plus très légèrement épais-
« sie. C'est la plus insignifiante de toutes les érosions
« possibles, c'est moins que rien » (2).

C'est là une description déjà assez fidèle de la période initiale du chancre syphilitique des mu-

(1) FOURNIER, Leçons sur la syphilis particulièrement chez la femme, Paris, 1873, p. 82 et suivantes.

(2) FOURNIER, Traité de la syphilis, Edition de 1904, I., p. 32.

queuses. Malheureusement, Fournier écrit avant la découverte du trépomène. Aussi ajoute-t-il : « Quand « on est appelé à constater le chancre à cet âge, on « y est toujours trompé, et il est impossible en réalité qu'on ne s'y trompe pas ». (1).

Nous verrons plus loin que le trépomène se trouve en général et de très bonne heure à la surface de cette érosion si insignifiante et que le diagnostic peut et doit être fait ainsi précocement.

BERDAL dans son traité se contente de reproduire fidèlement la description de Fournier (2).

POUR M. SABOURAUD : « Le chancre apparaît sous « la forme d'une lésion rouge non suintante à la surface de laquelle l'épiderme corné décollé disparaît « par simple et légère friction. Les inoculations au « singe semblent montrer que la lésion initiale est « une vésicule plate, éphémère, presque immédiatement détruite. Pratiquement, on n'observe pas ce « début ; ce qu'on voit, c'est l'ulcération constituée : « elle est plate, elle n'est pas creuse, elle est à peine « humide, ne suinte pas et s'agrandit de jour en jour « pour être ordinairement à son maximum trente « jours après le coït » (3).

BALZER présente le syphilome primaire à l'état naissant comme une tache congestive, qui ne tarde pas à devenir une papule de volume variable (4).

Le Professeur GAUCHER, tout en reconnaissant le

(1) FOURNIER, loc. cit.

(2) BERDAL, Traité pratique de la syphilis, Paris, 1902, p. 17.

(3) SABOURAUD, Dermatologie topographique, 1905, p. 472.

(4) BALZER, Maladies vénériennes, in Traité Brouardel et Gilbert, Paris 1906, p. 157.

début papuleux pour la peau et le début érosif sur les muqueuses et semi-muqueuses, déclare en même temps que, dans le second cas surtout, pendant quatre jours, il est impossible de faire le diagnostic de chancre (1).

M. BROcq ne décrit guère le chancre syphilitique qu'après le troisième ou le quatrième jour de son apparition et même plus tard en réalité : c'est déjà une ulcération à bords plus nets ; ce n'est plus le début (2).

DARIER écrit dans son traité de dermatologie :
« Le chancre naissant que l'expérimentation sur les
« singes a permis de mieux étudier a l'aspect, tantôt
« d'une très petite tache rouge légèrement papuleuse,
« tantôt d'une squame-croûte recouvrant une érosion
« superficielle. » (3).

Dans le traité de HALLOPEAU et FOUQUET on lit :

« Le chancre est si peu de chose à son début qu'il
« passe souvent inaperçu ; les malades même atten-
« tifs attachent peu d'importance à cette petite plaie
« d'apparence banale... Il se produit d'abord une
« petite macule rouge dont le centre s'excorie assez
« rapidement et se recouvre d'une légère croûte.

« A ce moment, le diagnostic clinique est impossi-
« ble, on ne peut reconnaître la nature syphilitique
« de la lésion que par la recherche de l'agent patho-

(1) GAUCHER, Le chancre et les syphilides, Paris, 1907, p. 4.

(2) BROcq, Traité élémentaire de dermatologie pratique, Paris, 1907, I., p. 658.

(3) DARIER, Précis de dermatologie. Paris Masson, 1909, p. 593.

« gène, soit sur frottis coloré, soit à l'aide de l'ultra-
« microscope. » (1).

Pour MM. AUGAGNEUR et CARLE : « Il est fort rare
« que l'on puisse surprendre un chancre à son début.
« Vu à ce premier stade, il est encore plus rare qu'il
« soit susceptible d'un diagnostic ferme. Le bouton
« initial, la légère écorchure n'ont rien qu'on puisse
« qualifier de caractéristique. L'observation minu-
« tieuse du chancre expérimental nous montre seu-
« lement qu'au point inoculé survient une petite sail-
« lie ou papule rougeâtre ou cuivrée, marchant rapi-
« dement à l'exfoliation ou à l'érosion. » (2).

M. THIBIERGE décrit la lésion clinique à peu de
chose près à l'image de sa lésion expérimentale :

« Le chancre débute par une papule arrondie, légè-
« rement saillante, de consistance ferme, portant une
« légère érosion à son centre ; mais, à cette phase,
« le chancre n'a aucun caractère pathognomonique.
« Il faut ajouter d'ailleurs que cette phase du
« chancre est très rarement observée par le médecin
« et ne peut d'ailleurs s'observer que par des sujets
« particulièrement soigneux ou timorés. » (3).

Pour GOUGEROT, le chancre commence par une
« petite lésion érosive, arrondie, rouge, papuleuse,
« sans caractères, sans induration phase d'éclo-
sion). » (4).

(1) HALLOPEAU ET FOUQUET, Traité de la syphilis, 1911, p. 124.

(2) AUGAGNEUR ET CARLE, Précis des maladies vénériennes, 1913.

(3) THIBIERGE, La syphilis et l'armée, 1917, chap. IV, p. 39.

(4) GOUGEROT, Le traitement de la syphilis en clientèle, Paris, Maloine, 1918, p. 215.

CLÉMENT SIMON se contente de le signaler comme une rougeur insignifiante qu'il est impossible de diagnostiquer cliniquement (1).

Notre Maître, M. le PROFESSEUR NICOLAS, décrit ainsi la période de début du chancre syphilitique :

« L'accident primaire débute par une petite tache rouge qui s'exulcère, s'étend, devient papuleuse et s'indure en règle générale. Quelquefois, il débute comme le chancre expérimental par une petite vésicule qui se rompt bientôt et laisse à sa suite une érosion épidermique. » (2).

On constate, par cet exposé, les divergences d'opinions des divers traités classiques : ainsi la physiologie du chancre syphilitique naissant y demeure en quelque sorte dans la pénombre, alors que le chancre adulte au contraire y est décrit avec force détails, et présentant des traits bien marqués.

* Si nous compulsions cependant ces différentes données, nous y trouvons que :

1° Le début du chancre syphilitique en clinique est souvent calqué sur le début du chancre expérimental ;

2° Le chancre syphilitique en clinique commence en général par une tache rouge qui évolue d'ordinaire immédiatement vers l'érosion, sur les muqueuses, — vers la papule, sur les téguments cutanés ;

3° Mais ce chancre naissant n'a pas de signes cli-

(1) CLÉMENT SIMON, La syphilis de l'adulte (in traité de pathologie médicale, Sergent et Ribadeau-Dumas), Paris, 1921, p. 177.

(2) NICOLAS, La Syphilis. Extrait du Nouveau Traité de Médecine C.-H. Roger - F. Vidal, 1921, p. 562.

niques suffisamment nets pour ne pas être confondu avec une lésion banale ;

4° Seul l'examen microscopique, quand par hasard on a eu l'idée de le pratiquer, peut révéler le diagnostic.

En premier lieu, on a insisté, on le voit, sur l'analogie des premières manifestations du chancre syphilitique humain avec celles du chancre expérimental. Or, nous avons précisé dans le chapitre précédent comment apparaît l'accident primitif chez le singe anthropoïde : par une tache d'apparence papuleuse, la vésicule étant fort rare. Aussi, en admettant que le début du chancre humain se traduise parfois par une petite vésicule initiale très fugace laissant à nu une érosion herpétiforme, ainsi que l'entend notre Maître, M. le Professeur Nicolas, nous ne croyons pas qu'il y ait là un rappel en quelque sorte de la lésion expérimentale où cette forme de début est en somme l'exception.

En second lieu, nous allons voir, dans le chapitre suivant que, si le début du chancre cutané n'a pas une symptomatologie bien typique, il n'en est pas de même de l'accident primaire des muqueuses. Nous verrons qu'en le regardant d'un peu près, on lui découvre des caractères bien particuliers qui permettent déjà de se faire une opinion : nous ne voulons pas dire par-là que ces signes sont absolument pathognomoniques, qu'ils suffisent à étayer un diagnostic de façon sûre, mais ils attirent l'attention du praticien, qui, en présence de cette lésion très suspecte, s'empressera d'en vérifier la nature en préle-

vant un peu de sérosité à son niveau, et en recherchant le tréponème au microscope.

Ainsi se réaliserait le diagnostic précoce du chancre syphilitique :

« C'est dans les deux ou trois premiers jours de sa naissance que doit être montrée au médecin et en toute hâte la moindre ulcération douteuse, sur tout de la verge. Et jamais plus le médecin ne devrait dire comme nous disions autrefois : « La chose n'est pas très claire, revenez me la montrer dans quelques jours. » L'usage de l'ultra-microscope n'est pas assez passé dans la pratique courante du médecin et c'est un tort immense de ne pas savoir les services qu'on en peut tirer. » (1).

(1) SABOURAUD, Entretiens dermatologiques, 1922, p. 282.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

M. Jean Lacassagne dans son intéressante étude sur les premiers signes cliniques du chancre syphilitique de la muqueuse génitale (1) nous présente six observations où le chancre syphilitique a été surpris à son extrême début. Les constatations qu'il fit alors, et qui se retrouvèrent être identiques dans chacun des six cas, l'amènèrent à formuler certains symptômes précis, sur lesquels il a eu le mérite de nous attirer l'attention. Il a eu la bonté de nous communiquer en outre une nouvelle observation inédite qui confirme les données des deux autres.

(1) D^r J. LACASSAGNE, Presse Médicale, 22 mars 1922. On y trouve également les six premières observations de ce chapitre.

OBSERVATION I (D^r J. LACASSAGNE)

M. X..., étudiant en médecine, se présente à nous le 12 Juillet 1914, porteur d'une érosion insignifiante du sillon balano-préputial, à gauche. M. X... est très affirmatif sur ce fait que la veille il ne présentait aucune lésion : ayant eu une série de rapports suspects le mois précédent, il s'examinait scrupuleusement chaque jour. Cette érosion datait donc de la nuit.

A l'examen : exulcération des dimensions d'un grain de riz, ovale, nettement limitée, mais sans bords ; la lésion n'est pas creusée, on dirait que la couche la plus superficielle de l'épiderme a été enlevée au rasoir. Pas de lambeaux épidermiques, signature d'une vésicule rompue. La surface en est uniformément grisâtre, humide. Pas trace d'induration. Indolence absolue. Pas la moindre réaction ganglionnaire.

En irritant légèrement la lésion avec une aiguille lancéolée, on obtient une exsudation de sérosité parfaitement claire. Par la pression exercée à la base de l'érosion, on obtient aussi, à la surface de la lésion, assez rapidement, la formation d'une goutte de sérosité dans laquelle on constate de nombreux tréponèmes.

Ce malade est montré à M. le Professeur agrégé Favre, qui confirme le diagnostic.

Première injection de 0 gr. 30 de néo-salvarsan le 13 Juillet : le lendemain 14 Juillet, l'ulcération commençait à sécher ; cicatrisation complète le 15 Juillet au matin. Deuxième injection huit jours après (0 gr. 45), puis 0 gr. 60. La mobilisation a interrompu le traitement. Depuis, M. X... n'a présenté aucun accident, malgré l'absence de toute thérapeutique. Des réactions de Wassermann pratiquées en 1919 et en 1921 ont été négatives.

OBSERVATION II (D^r J. LACASSAGNE)

M. Y..., docteur en médecine, 29 ans.

Le 15 Décembre 1919, se montre à nous, porteur de trois érosions du sillon balano-préputial datant de la veille : un coït suspect avait eu lieu dans le milieu du mois de Novembre. Ces trois exulcérations sont des dimensions d'un grain de mil, elles sont de forme régulièrement arrondie, de teinte grisâtre, très souples et suitant abondamment à la pression. L'examen bactériologique est remis au lendemain. Malheureusement M. Y... ne put revenir que six jours après. Les lésions s'étaient un peu modifiées : d'abord on constatait un certain élargissement des exulcérations et, de plus, une induration très légère, insignifiante, mais réelle néanmoins. De plus, il existait un début de réaction ganglionnaire inguinale. Au microscope, nombreux tréponèmes. Un traitement par le novarsénobenzol a été immédiatement institué et régulièrement continué depuis. La R. W. est demeurée négative.

OBSERVATION III (D^r J. LACASSAGNE)

M. Z..., docteur en médecine, 33 ans. Coït infectant, le 26 Février 1921.

Le 2 Avril 1921, on constate une lésion apparue trente-six heures auparavant. Il s'agit d'une érosion siégeant dans la partie droite du sillon balano-préputial. Cette érosion est parfaitement arrondie, des dimensions d'une petite lentille. Elle ne présente pas de bords, mais ses contours sont nettement limités. Pas de trace d'induration. Cette lésion n'est pas sensible même lorsqu'on promène à sa surface une aiguille lancéolée. La surface est plane, humide, de couleur grise. Par une pression prolongée, on fait sourdre une goutte de

sérosité claire où les tréponèmes fourmillent. Pas de réaction ganglionnaire. Injection immédiate de novarsénobenzol (0 gr. 30). Le lendemain, 3 Avril, aucune réaction générale ne s'est produite, mais on constate au niveau de l'érosion :

- 1° Une induration légère, mais nette, de la base ;
- 2° Une sécrétion séreuse plus abondante ;
- 3° Une légère sensibilité.

En outre, dans la région inguinale gauche, du côté opposé à la lésion, le malade accuse une sensation un peu douloureuse au niveau d'un tout petit ganglion. Le 4, la cicatrisation commence ; le 6 Avril, la lésion a complètement disparu. 0 gr. 60 novarsénobenzol, 12 Avril = 0 gr. 75, 19 Avril = 0,90. On décide de ne plus faire aucun traitement.

OBSERVATION IV (D^r J. LACASSAGNE)

Lieutenant aviateur. Vient consulter en Février 1919, pour blennorrhagie. Pendant le cours du traitement, à l'une de ses visites, il nous fait part de ses craintes au sujet d'une infection syphilitique possible, ayant eu, quelque temps auparavant, un rapport unique avec une personne traitée au moyen d'injections intraveineuses par M. Hudelo. Comme nous lui avons dit que l'incubation de la syphilis était en moyenne de 23 jours, quelle ne fut pas notre surprise de le voir arriver dans notre cabinet de grand matin, exactement le 23^e jour après le coït suspect. A son lever, il avait constaté un petit « bobo » dans le sillon balanopréputial et, affolé, il était venu consulter de suite.

A l'examen, on note une érosion des dimensions d'une petite lentille, à fond rosé, indolore, molle, « pleurant » abondamment à la pression. Pas trace d'adénopathie. On pratique à la clinique de l'Antiquaille un examen ultra-micros-

copique qui décèle de nombreux tréponèmes. Le professeur Nicolas, à qui nous montrons le malade, conseille un traitement conjugué (cyanure de Hg et novarsénobenzol). La cicatrisation est obtenue le surlendemain. Le malade a subi une série d'injections et n'a pas été revu.

OBSERVATION V (D^r J. LACASSAGNE)

M..., voyageur de commerce, vient nous consulter le 22 Avril 1920 pour une érosion du sillon, dont il s'est aperçu la veille au soir. Il n'avait rien constaté auparavant, malgré des examens fréquents. 25 jours auparavant, il avait eu un rapport extra-conjugal dont les conséquences possibles l'inquiétaient. Connaissant les délais de l'incubation syphilitique, l'apparition de cette érosion n'avait pas manqué de l'effrayer.

A l'examen : exulcération minime du sillon, ovale, de coloration grisâtre, suintant abondamment, soit en râclant la surface, soit en pressant la base entre le pouce et l'index. Dans cette sérosité, grande abondance de tréponèmes.

On pratique immédiatement une injection de 0 gr. 45 de novarsénobenzol. Le lendemain soir, la lésion était cicatricée. Après une première série d'injections, le sujet n'a suivi qu'un traitement très espacé.

OBSERVATION VI (D^r J. LACASSAGNE)

Nous avons eu l'occasion d'assister à l'éclosion d'un chancre syphilitique chez une femme.

Voici les faits :

M. Ch... vint à la clinique de l'Antiquaille, en Décembre 1920, pour chancre syphilitique d'un doigt, éruption papuleuse et plaques muqueuses de la verge. Jusqu'à son entrée dans le service, M. Ch... était traité pour panaris simple et,

ne soupçonnant pas la nature de l'affection dont il était atteint, avait continué les rapports avec sa femme. Celle-ci, examinée aussitôt, ne présentait aucun accident, mais fut mise au courant de la possibilité d'une infection en incubation. Attentivement surveillée, nous constatons, au début de Janvier, sur la face interne de la grande lèvre gauche, datant de la veille, une petite érosion, rose foncé, sans limite bien précise, car la lésion allait en se dégradant insensiblement pour se confondre avec les parties saines. Léger prurit. La pression de l'érosion, prise à sa base entre le pouce et l'index, fait sourdre une sérosité claire où la présence de tréponèmes signe le diagnostic. Pas de réaction ganglionnaire. Cicatrisation le surlendemain après une première injection de 0 gr. 45 de novarsénobenzol.

OBSERVATION VII

(Observation inédite due à l'obligeance de M. J. LACASSAGNE)

M. K..., 26 ans. Etudiant en médecine.

Vient consulter le 12 Décembre 1921, pour « un petit bobo » de la face interne du prépuce à droite ; il s'en est aperçu l'avant-veille au soir, c'est-à-dire le 10 Décembre vers minuit ; il affirme n'avoir rien constaté avant cette date. Il avoue deux rapports suspects, le 13 Novembre et le 30 Novembre.

A l'examen : petite érosion du volume d'une lentille, très arrondie, régulière dont les bords sont un peu surélevés ; la surface est plane, de couleur rosée. La lésion est molle, indolore ; à la loupe on distingue qu'elle donne une sérosité apparaissant d'abord au niveau de sa circonférence par une sorte de ponctuation qui se reforme toutes les demi-minutes environ. On note de plus un petit ganglion gros comme une

noisette dans l'aîne droite. L'examen à l'ultra-microscope décèle de nombreux tréponèmes.

Le malade reçoit le même jour une injection de 0 gr. 60 ctgr. de métarsénobenzol.

Le 13 Décembre, le malade revient : on constate que l'injection a été parfaitement bien tolérée ; le malade n'a pas eu l'ombre de fièvre. L'érosion est sèche ; de rosée, elle est devenue grise. On note à son niveau une légère infiltration, que le malade voit noté lui-même dès le soir du 12 Décembre. Le 14 Décembre, la cicatrisation est en bonne voie, on a une petite lésion blanche arrondie.

Le 15 Décembre : injection de 0 gr. 90 de métarsénobenzol. Le 16 Décembre, la lésion est très réduite. Le 19, la cicatrisation est complète.

On achève la série par trois injections de métarsénobenzol, une de 1 gr. 05 et deux de 0 gr. 90 faites à six jours d'intervalle. Du 9 Février au 2 Mars, une nouvelle série répondant au total à 2 gr. 25 de novarsénobenzol.

Le 23 Février, une R. W. est complètement négative.

Voici maintenant une observation que nous devons à l'obligeance de M. le Dr L.-M. Bonnet, médecin de l'Antiquaille. Nous allons voir qu'elle confirme les constatations faites dans les observations précédentes.

OBSERVATION VIII (de M. le Dr L.-M. BONNET)

Dr X..., vient nous consulter en Avril 1920 pour une érosion de la verge apparue il y a quatre jours pleins (l'érosion serait donc du 5^e jour).

M. X... n'a présenté aucune maladie vénérienne antérieure ; il est marié et a plusieurs enfants. Il avoue un rapport extra-conjugal, isolé, datant de vingt jours.

Au niveau du sillon balano-préputiel on note une érosion large de 4 millimètres, arrondie, rosée, indolore : pas de bords à pics, pas d'induration nette.

Pas de trace d'adénopathie, ni de lymphite. Des frottis faits avec la sérosité de l'érosion, et colorés au Fontana montrent de nombreux tréponèmes typiques : cette recherche a été facile, car le suintement séreux était très abondant à la pression.

Le traitement fut commencé le jour même, le néo fut injecté à fortes doses ; — plus tard, nouvelles séries de néo alternant avec des séries d'huile grise. Le malade n'eut jamais d'accidents spécifiques. Une R. W. datant de l'année dernière a été négative.

Le hasard, — et surtout l'accueil si franc que nous avons reçu dans le service de M. le Professeur Nicolas — nous ont permis d'observer grâce à lui et à son entourage, deux nouveaux cas qui présentent cette particularité de nous montrer des lésions primaires qui ne sont pas absolument contemporaines les unes des autres et de nous permettre de les comparer : il s'agit par exemple d'un accident primitif pris à son éclosion évoluant à côté d'un autre de date un peu antérieure et en pleine maturité : nous prions qu'on ne nous tienne pas trop rigueur du fait que nous allons constater forcément dans ces cas la présence d'une lymphite ou d'une adénopathie commençante.

OBSERVATION IX

(de la Clinique de l'Antiquaille)

F. E..., 22 ans, se présente le 31 Octobre 1922, à la consultation de M. le Professeur Nicolas, porteur de trois lésions au niveau du sillon balano-préputial : le malade dit n'avoir vu apparaître ces lésions il y a quatre jours à peine, le 27 Octobre : le dernier coït daterait du début d'octobre.

A l'examen, on note : 1° sur les bords du sillon balano-préputial deux érosions jambonnées, ovoïdes, à contour net, très légèrement surélevées, non encore indurées, mais réunissant pourtant bien par ces caractères, les symptômes non douteux, de chancres primitifs déjà en évolution ; 2° dans le fond du sillon une érosion du diamètre d'une petite lentille, de nuance rose-jaunâtre, à limites légèrement polycyclique, sans bords décollés : l'érosion suinte assez abondamment à la pression et ne donne aucune sensation parcheminée. A l'ultra-microscope, présence de nombreux tréponèmes constatée le 3 Novembre 1922.

3 Novembre 1922, injection de métarsénobenzol : 0 gr. 45.

Le lendemain 4 Novembre, le malade revient dans le service : il présente une réaction d'Herxheimer intense : œdème du prépuce, le malade décalotte avec peine : les deux chancres adultes très infiltrés donnent bien l'impression du « cartilage tarse ». Quant au chancre du fond du sillon, il apparaît aujourd'hui en plateau avec des bords un peu surélevés formant un bourrelet circulaire ; il donne à la palpation transversale une sensation parcheminée : bref, il a aujourd'hui lui aussi l'allure d'un chancre adulte.

6 Novembre 1922. Début de cicatrisation : la lésion qui nous intéresse ne présente plus qu'une toute petite tache rose encadrée par une auréole de tissu cicatriciel blanchâtre.

7 Novembre 1922 : Métarsénobenzol, 0 gr. 60.

13 Novembre 1922 : Métarsénobenzol, 0 gr. 75 : cicatrisation complète des trois lésions.

OBSERVATION X

(de la Clinique de l'Antiquaille)

M. R..., garçon coiffeur, en traitement pour blennorragie depuis le 20 Octobre, se présente le 20 Novembre, porteur de trois petites érosions du sillon balano-préputial siégeant à gauche, et dont il a noté l'apparition le 16 Novembre (4^e jour); — le lendemain seulement, il s'aperçut d'une autre lésion à droite près du filet dans le sillon balano-préputial : cette dernière est actuellement une exulcération jambonnée typique, nous l'examinons donc. Comme renseignements, on nous avoue un rapport isolé qui remonte au 15 Octobre.

Les trois petites érosions apparaissent, l'une ovalaire de la grosseur d'une lentille, les deux autres légèrement polycycliques des dimensions d'un confetti, chacune : elles sont indolentes, sans consistance parcheminée ; elles « pleurent » à la pression, au point qu'une goutte tombe par terre au moment de l'examen, tant la sérosité arrive abondamment ; elles ont une coloration jaune terne ; pas de bordure saillante, mais des limites nettes. On ne constate pas de cordon de lymphite ; par contre dans l'aîne, à gauche, on a un ganglion un peu gros-et dur. L'examen du « suc » prélevé au niveau des lésions décèle à l'ultramicroscope de nombreux tréponèmes.

Les dix observations que nous avons là sous les yeux nous suggèrent quelques remarques :

1° Les malades chez lesquels les caractères initiaux du chancre ont été surpris appartiennent en général à un milieu instruit, et surtout très averti : sur dix observations nous en avons cinq relatives à des étudiants ou à des docteurs en médecine ;

2° D'autres malades (comme le lieutenant aviateur de l'observation IV, ou le coiffeur de l'observation X) étaient déjà en traitement pour une autre affection des organes génitaux-urinaires, une blennorrhagie par exemple : n'étant jamais rassurés bien entendu, ils passaient leur temps à s'examiner scrupuleusement matin et soir, et c'est grâce à ces investigations fréquentes qu'ils avaient la chance de dépister l'accident initial à son éclosion.

3° Par contre, aucun de ces malades n'était porteur au niveau du siège de son accident primitif d'une lésion persistante, telle que l'herpès, qui, en servant de porte d'entrée, aurait pu quelque peu modifier l'aspect de cet accident primitif.

4° Aucune substance antiseptique, aucune pommade n'était venue également modifier la physionomie de la lésion dans chacune de ces observations.

L'accident primitif pouvait donc bien être considéré à l'état de pureté.

CHAPITRE V

LES SIGNES CLINIQUES DU DÉBUT DE L'ACCIDENT PRIMITIF DE LA SYPHILIS

1. Chancre de la peau

Nous n'avons présenté dans le chapitre précédent aucune observation relative à la période d'éclosion de l'accident primitif cutané : les rares cas où ce dernier aurait pu être surpris à son début, les cas d'inoculation accidentelle constatés chez des chirurgiens, par exemple, n'apportent aucun élément nouveau, puisque ces accidents, la plupart du temps étaient passés inaperçus, la lésion spécifique à son début était prise pour un panaris naissant, une papule d'acné ; d'autres fois, et ces cas sont très fréquents, l'accident primitif se greffe effectivement sur

une lésion inflammatoire aiguë ou chronique de la peau, sur un eczéma fissuraire par exemple : son début reste « camouflé » en général sous la lésion porte d'entrée, et quand ce début a pu par hasard être saisi, il ne nous donne pas l'accident initial dans toute sa pureté.

D'ailleurs, nous pouvons nous demander si cet ensemencement de la peau par le virus syphilitique, qu'il soit d'origine accidentelle ou vénérienne, n'est pas en somme absolument analogue à celui que l'on réalise à l'aide du scarificateur dans l'inoculation expérimentale. En tout cas, jusqu'à plus ample informé, c'est à elle que nous nous adressons pour nous donner la notion du processus initial de l'accident primitif cutané (1), — comme nous l'enseignait déjà J. Rollet, qui n'envisageait en somme que le chancre syphilitique des téguments cutanés.

Ce dernier débute donc par une rougeur circonscrite qui se transforme vite en papule, garnie parfois de petites squames sèches, mais ne tardant pas en général à s'éroder, à s'ulcérer, pour prendre les caractères cliniques du chancre adulte. Celui-ci, en tout cas, se montre toujours comme une formation très nettement papuleuse, en saillie, dont l'ulcération centrale se cache souvent sous une croûte humide formant couvercle. L'élément papule semble donc bien caractériser le début comme la période d'état de l'accident primitif de la peau.

(1) Nous renvoyons le lecteur au chap. II, où il est traité du chancre expérimental chez l'homme.

En est-il de même du chancre syphilitique des muqueuses ?

II. Chancre des muqueuses

Nous pouvons dégager des données fournies par les diverses observations que nous avons exposées dans le précédent chapitre des notions assez précises sur les premières manifestations de cet accident primitif.

Nous faisons remarquer encore une fois que les caractères de la lésion sont notés en général avant toute réaction ganglionnaire aux aines, avant l'apparition du cordon induré de lymphite, — sauf dans les cas où cet envahissement lymphatique trouve son explication dans la présence concomitante d'un autre accident primaire de la même région, mais de date un peu antérieure. (Observ. IX et X.)

Voyons quels sont ces caractères :

1° Un prodrome, — et encore il est très inconstant : c'est un signe subjectif — le PRURIT. Nous l'avons constaté dans l'observation VI. Notons d'ailleurs qu'il s'agit d'une femme et que c'est après la constatation de l'érosion, l'intéressée ayant été prévenue de la possibilité de l'accident, qu'elle a déclaré avoir du prurit. Certains auteurs, comme Jullien, nous l'avons vu plus haut, avaient déjà signalé autrefois ce signe, puis il semble être retombé dans l'oubli. Nous avons vu cependant que ce prurit était signalé dans plusieurs observations d'inoculation expérimentale à l'homme. (Observ. VIII, de Belhomme (1) ;

(1) V. J. ROLLET, loc. cit., p. 527.

Observ. XXIII, de Wallace (2). Le prurit est donc inconstant, mais dans les cas où il existe, c'est un signe important en ce sens qu'il peut attirer l'attention dès les premières heures.

2° L'ÉROSION : C'est une érosion minime comme une petite érosion traumatique, une écorchure de rasoir, extrêmement superficielle, au point d'apparaître comme une simple tache, une portion avivée de muqueuse qui serait sur le même plan que l'épiderme voisin ;

3° Elle varie comme nuance ENTRE LE ROSE ET LE GRIS JAUNÂTRE. Elle a souvent une teinte jaune ocre : on dirait une tache d'acide chrômique déposée au pinceau ;

4° La surface est absolument LISSE ET UNIE comme elle le sera à la période d'état ;

5° Arrondie ou ovalaire, quelquefois polycyclique, elle garde un CONTOUR NET : la délimitation de la lésion d'avec les tissus sains est bien tranchée, mais mieux par la différence brusque de coloration et d'aspect de sa surface que par une dénivellation quelconque ; la lésion n'a *pas de bordure saillante*, de même qu'il n'existe pas de sillon séparatif à la limite des tissus sains.

6° L'INDOLENCE de la lésion est un signe sur lequel il y a lieu d'insister et dont il faut tenir grand compte pour le diagnostic : l'érosion n'est même pas sensible à un contact instrumental. Combien différente, en effet, est la lésion herpétique, très douloureuse, même spontanément, avec des irradiations spéciales anor-

(2) V. J. ROLLET, loc. cit., p. 501-502.

males (névralgie sciatique, signe sur lequel avait insisté Mauriac). D'ailleurs, l'érosion herpétique regardée de très près n'a pas la même allure : elle est creusée en cupule, en entonnoir ; elle a une bordure nette et un contour polycyclique. Il faut avouer, en passant, que ce dernier signe n'est pas toujours pathognomonique de la lésion d'herpès. Dans plusieurs observations en effet, particulièrement dans l'observation IX et dans l'observation X, l'érosion primitive a bien un contour polycyclique. Aussi est-ce peut être une des raisons pour lesquelles on la désigne souvent sous le nom d'érosion herpétiforme, alors qu'elle est bien différente de l'herpès par les caractères que nous avons notés plus haut. Voici cependant en quoi elle peut encore emprunter le masque de l'herpès.

7° La lésion est normalement un peu suintante, mais elle l'est beaucoup plus par irritation mécanique ; on voit sourdre en grattant avec une aiguille lancéolée par exemple une sérosité parfaitement claire : *c'est le phénomène de la « rosée séreuse »* de MM. Nicolas, Favre et André, lequel est un signe du début comme de la période d'état.

Dans ce suintement séreux, parfois très abondant (voir observ. X.), on trouve au microscope LE TRÉPONÈME QUI EST L'HÔTE DU CHANCRE DÈS LA PREMIÈRE HEURE.

Le parasite, en effet, dès qu'apparaît la moindre déhiscence des couches superficielles de l'épithélium, remonte bien vite à la surface : le tréponème cherche le jour, il profite de la fenêtre qui lui est offerte.

Le tréponème est dans la lésion dès sa pre-

mière manifestation, avons nous dit, mais pour le trouver, il faut avoir soin de suivre une technique bien précise ainsi que nous le font remarquer MM. Nicolas et Favre. Il faut d'abord avoir soin de nettoyer, de bien déterger la surface de la lésion (pas d'antiseptiques bien entendu), puis en faisant tenir par le malade lui-même la base de la lésion aux deux extrémités d'un de ses diamètres, entre le pouce et l'index, et en le priant de presser progressivement avec les deux doigts, l'opérateur pendant ce temps gratte très superficiellement la surface de l'érosion avec le bord d'une aiguille lancéolée et recueillera ainsi le petit suintement : « Il est nécessaire de gratter légèrement par intermittence, en évitant de provoquer le saignement » (1), surtout si l'on veut faire la recherche du tréponème à l'ultra-microscope, car, si dans le procédé de l'encre de chine, la présence de globules sanguins peut parfois servir de point de repère pour la mise au point, dans l'examen à l'ultra-microscope ces mêmes globules font perdre à la préparation toute netteté (2).

Nous venons de voir que la sortie de la sérosité du chancre est en somme très facilitée par deux procédés employés concurremment : d'une part, le grattage superficiel donnant la « rosée séreuse », d'autre part,

(1) NICOLAS, FAVRE ET ANDRÉ, Lyon Médical, 1^{er} octobre 1905.

(2) En dehors de la recherche à l'état frais, si l'on procède à la recherche à l'encre de Chine, ou au frottis après coloration, avoir soin de recueillir la sérosité après scarification de la bordure du chancre à cheval sur l'érosion et la peau saine; c'est le moyen le plus sûr pour obtenir des tréponèmes dans la préparation.

(V. HUDELO, Le Diagnostic précoce du chancre syphilitique, *La Médecine*, novembre 1922).

par la pression transversale de la lésion dans le sens d'un de ces diamètres. Ce second procédé répond au *signe de l'expression du suc*, signalé autrefois par Leloir et que l'on retrouve dans les traités classiques comme pathognomonique de l'herpès ; on en fait même un élément de diagnostic différentiel d'avec le chancre syphilitique. Or, à la période initiale tout au moins, comme nous le fait justement remarquer M. Lacassagne (1) et comme nous venons de le voir, le chancre syphilitique « pleure » comme l'herpès et il n'y a alors que le microscope pour distinguer la nature de ce suintement.

Nous insistons beaucoup sur ce fait que l'érosion spécifique dès sa période initiale est une lésion *très humide*. Nous avons vu combien l'écoulement du suc pouvait être abondant parfois (observ. X.). D'autre part, nous avons eu récemment à la Clinique de l'Antiquaille une démonstration de la valeur de ce signe.

Nous avons eu en effet l'occasion de voir en présence de MM. Nicolas, Massia et Lacassagne, un malade porteur d'une petite érosion du gland dont il s'était aperçu la veille au soir ; le dernier rapport datait de quinze jours ; l'érosion indolore était lisse, ovalaire, des dimensions d'une grosse tête d'épingle, à limites nettes, mais sans bords ; bref, elle avait une allure très suspecte ; pas trace d'adénopathie, ni de lymphite ; mais ce qui nous surprit un peu, ce fut de constater que la surface était à peine humide, le suintement si faible, qu'on eut beaucoup de peine à en

(1) J. LACASSAGNE, Presse Médicale, 22 mars 1922.

obtenir une goutte pour l'examiner au microscope; l'examen fut d'ailleurs absolument négatif au point de vue tréponème. On fit cependant revénir le malade le lendemain : la lésion était absolument sèche, déjà épidermisée en partie, et il fallait bien se borner alors à la considérer comme une simple lésion d'herpès bénin, déjà à peu près guérie, ou une petite érosion traumatique banale.

8° Il reste un dernier point sur lequel nous devons attirer l'attention; la consistance de l'accident primitif à son extrême début n'a absolument aucun caractère particulier; elle ne se distingue nullement de celle de la muqueuse normale du voisinage. Aucune sensation parcheminée, PAS DE TRACE D'INDURATION. Celle-ci ne commence guère à apparaître, si nous nous reportons aux observations précitées, que vers le quatrième ou le cinquième jour, le troisième jour au plus tôt. Au reste, on sait que l'induration est un signe sur lequel il ne faut pas toujours se fier, quant au diagnostic du chancre spécifique adulte. A plus forte raison, on ne s'étonnera pas de ne pas la trouver au niveau de l'accident primitif naissant. De sorte que, étant donnée les quelques caractéristiques de l'aspect de cette érosion minime, opposées à cette absence d'induration, nous pouvons conclure, comme l'affirmait déjà Du Castel pour le chancre adulte : « L'œil, plus souvent et plus sûrement que le doigt, « doit conduire à faire le diagnostic ».

CHANCRE DE L'ORBITAIRE, ANATOMIQUE.

Nous avons essayé de donner une esquisse de la physionomie clinique du chancre syphilitique à sa

naissance, avant toute thérapeutique. Voyons maintenant ce que devient ce chancre à peine éclos, immédiatement après le traitement novarsénobenzolique par exemple.

Reportons-nous à l'observation IX du chapitre précédent. Nous voyons combien l'accident primitif s'est manifesté avec netteté, le lendemain même de l'injection de 0 gr. 45 de Novarsénobenzol, pour commencer sa cicatrisation, d'ailleurs deux jours après : la réaction congestive d'Herxheimer a fait faire en quelque sorte une grande enjambée à l'évolution du chancre ; celui-ci a mûri hâtivement ; il se manifeste comme à sa période d'état avec des signes typiques de chancre adulte.

Après le microscope nous avons donc le « révélateur thérapeutique », le Néosalvarsan en l'espèce, qui vient donner à la physionomie encore floue de notre chancre embryonnaire le relief du chancre adulte. Est-ce à dire que nous voulons avancer par là, que l'on doit avoir recours à l'injection de Novarsénobenzol au moindre doute, pour confirmer un diagnostic un peu hésitant, par le fait que l'on n'a pu découvrir le tréponème par faute de technique ou insuffisance de moyens par exemple ? Non, nous ne croyons pas qu'il faille employer le néosalvarsan, à tout hasard, comme épreuve thérapeutique.

Il n'en reste pas moins vrai que dès que le diagnostic est posé, un traitement très actif doit être institué immédiatement. Il y a intérêt et même possibilité, mieux que jamais, d'aller vite et de « taper fort ». Il y a possibilité : en effet, on sait que la réac-

tion d'Herxheimer sous l'influence de doses élevées de Novarsénobenzol, est parfois assez choquante lors de la période d'infection générale de l'organisme, lors des accidents secondaires surtout, s'accompagnant toujours d'une réaction méningée qui, quoique légère, n'en compte pas moins et contribue à rendre encore l'organisme plus apte à être « sensibilisé » par la médication arsenicale.

Il n'en est pas de même dans la période de début. Le tréponème à cette période a un rayon d'action extrêmement réduit; il est resté devant la barrière lymphatique sans la franchir; il est en somme encore cantonné uniquement dans la lésion locale; celle-ci va réagir seule à l'attaque de l'injection « déchainante »; on aura une réaction d'Herxheimer uniquement locale, qui donnera à la lésion le relief qu'elle aurait pris d'elle-même quelques jours plus tard; l'érosion est devenue le chancre exulcéré, induré; elle s'est comportée comme une pièce anatomique injectée au suif.

C'est pourquoi, avec M. Lacassagne, nous préconisons, à moins de lésions hépatiques, d'albuminurie ou d'une tare quelconque obligeant à la prudence, des doses immédiatement élevées de Novarsénobenzol : 0 gr. 45 ou 0 gr. 60 d'emblée, suivies d'une nouvelle injection de 0 gr. 60 ou 0 gr. 75, trois à cinq jours après.

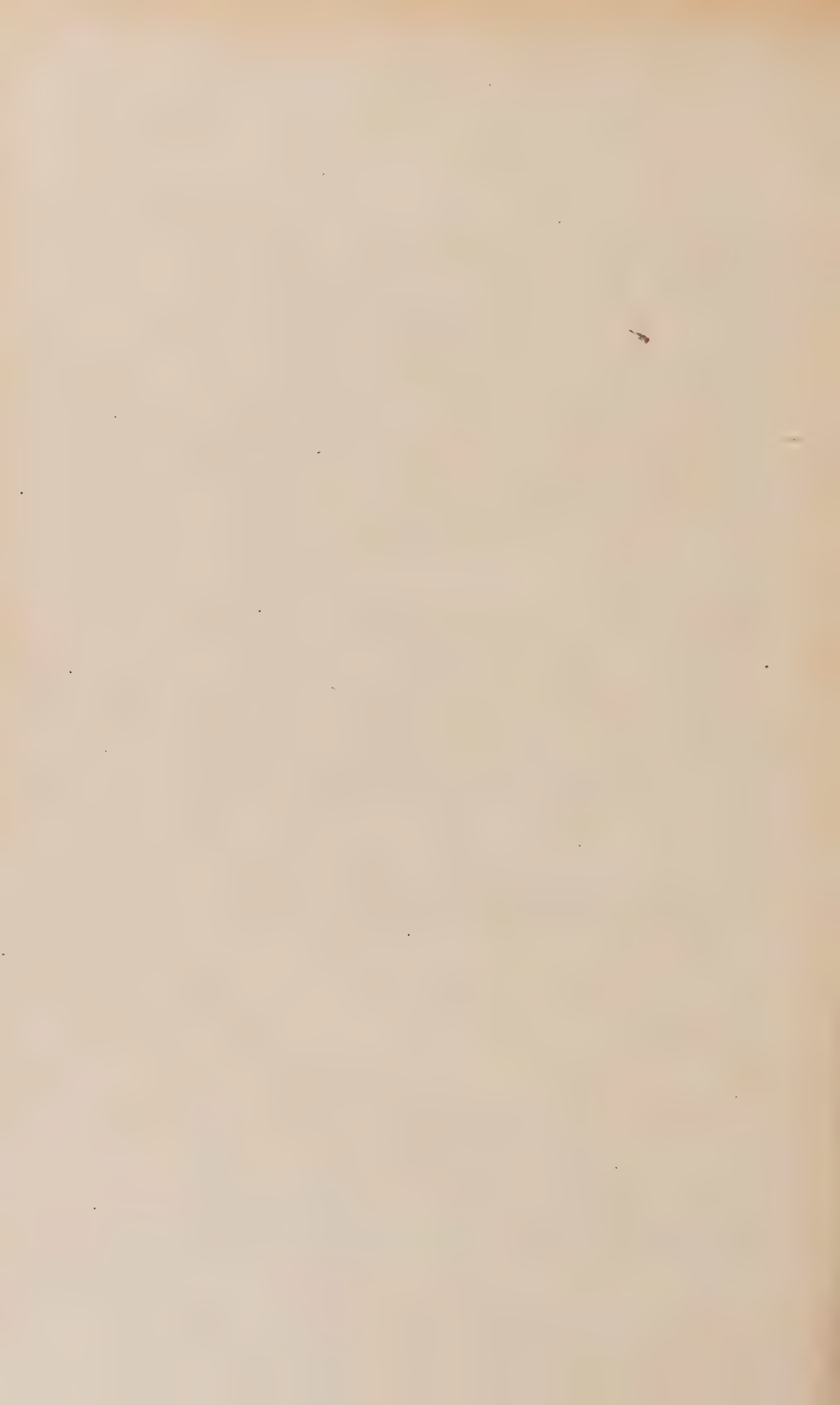
Ayant fait un diagnostic clinique précoce, suivi d'un traitement également précoce, peut-être aurons nous des chances d'avoir jugulé l'infection par le

tréponème, d'avoir mené à bien le traitement abortif.

Les nombreux cas authentiques de réinfection syphilitique, avec vérification bactériologique à l'appui lors de la première contamination comme lors de la seconde, nous permettent d'espérer parfois cette stérilisation immédiate de l'infection qui ne serait évidemment pas la règle, nous n'avons pas la témérité d'avancer une pareille affirmation et nous connaissons des cas de syphilis extrêmement rebelles au traitement novarsénobenzol, dès le début du chancre — mais qui au moins pourrait être le bénéfice de très nombreux cas.

« Ainsi donc, il y a des chancres de diagnostic pré-
« coce qu'on peut traiter assez tôt et assez vite, et
« assez complètement pour qu'une nouvelle contami-
« nation soit possible quelques semaines plus tard...
« Encore une fois je ne dis pas que la chose soit
« toujours possible, je dis simplement qu'elle est
« possible et j'ajoute que si chacun en était prévenu,
« malades et médecins, les cas devraient en devenir
« très nombreux. J'ai l'absolue conviction que ces
« faits seront admis par tous avant dix ans (1) ».

(1) SABOURAUD, Entretiens dermatologiques, p. 282 et 283.



CONCLUSIONS

I. — Le chancre syphilitique des muqueuses, observé en clinique, diffère en général de celui obtenu par l'inoculation expérimentale.

II. — Le chancre syphilitique des téguments cutanés, vu en clinique ou réalisé au moyen de l'expérimentation a le plus souvent un début papuleux.

III. — Chez l'animal, le chancre syphilitique expérimental des muqueuses se présente, à son début, avec des caractères d'autant plus voisins de celui de l'homme que le sujet inoculé est plus élevé dans l'échelle animale.

IV. — Le début du chancre syphilitique des muqueuses se présente en clinique avec des caractères bien particuliers qui doivent attirer suffisamment

l'attention du clinicien pour l'amener à faire un prélèvement de la sérosité du chancre et un examen microscopique permettant de déceler dès le début de nombreux tréponèmes.

V. — Un traitement précoce, immédiat, est une notion qui découle de ces données. Des doses relativement élevées de Novarsénobenzol (0 gr. 45 — 0 gr. 60) peuvent et doivent être employées dès le début, autant que la susceptibilité du sujet le permet; la réaction congestive d'Herxheimer à ce stade est uniquement locale.

Le Président de la Thèse

Docteur NICOLAS

Vu

Le Doyen

Jean LÉPINE

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 23 Novembre 1922

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
J, CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

- APHRODISIACUS. — ab Alysio Luisino. Lugd. Batav. 1728. T. II.
pages 370, 390, 404, 450, 491, 658, 859, 1118.
- AUDRY. — Précis élémentaire des maladies vénériennes. *Baillière*,
1917, p. 151, 161
- AUGAGNEUR ET CARLE. — Précis des maladies vénériennes, 1913.
- BALZER. — Maladies vénériennes, in *Traité Bronardel et Gilbert*,
Paris, 1906 ; p. 157.
- BERDAL. — *Traité pratique de la syphilis*, Paris, 1902 ; p. 17.
- BÉTHENCOURT (Jacques de). — *Nouveau carême de pénitence*,
Paris, 1527.
- BROCQ. — *Traité élémentaire de dermatologie pratique*, Paris,
1907, I. p. 658.
- CASTEL (Du). — *Chancre génitaux et extragénitaux* (1895).
- CLÉMENT SIMON. — *La syphilis de l'adulte*, in *traité de Sergent et
Ribadeau-Dumas*, Paris 1921, p. 177
La syphilis, Paris, Flammarion 1922, p. 53 à 59.
- DARIER. — *Précis de dermatologie*, Paris, Masson 1909, p. 593.
- FERNEL. — *Le Meilleur traitement du Mal vénérien*, 1579.
Collection des Anciens syphiligraphes.

- FOURNIER. — Leçons sur la syphilis, particulièrement chez la femme, p. 78, 82 et suivantes. Paris, 1873.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis, 1904, I. p. 32.
- FRACASTOR. — De Morbis contagiosis, Venise, 1546 ; livre II.
- GAUCHER. — Le chancre et les syphilides, Paris 1907, p. 4.
- GONGEROT. — Le traitement de la syphilis en clientèle. Paris, Maloine 1918, p. 215.
- HALLOPEAU et FOUQUET. — Traité de la syphilis, 1911, p. 124.
- HOFFMAN. — Dent. Méd. Woch 1908, n° 30, p. 1335.
- HUDELO. — Le Diagnostic précoce du chancre syphilitique « La Médecine », Nov. 1922.
- HUNTER. — Traité de la syphilis, trad. Paris 1845.
- JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1886, p. 546.
- LACASSAGNE (J.). — « Presse Médicale », 22 mars 1922.
- LEVADITI et ROCHE. — La Syphilis ; Expérimentation ; Microbiologie ; Diagnostic. Masson, 1909, chap. II.
- LEVADITI et YAMANOUCHI. — Soc. de Biologie, séance du 30 mai 1908, p. 957.
- LEVY-BING et P. LAFFONT. — La Syphilis expérimentale, Paris, O. Doin 1911, p. 97, 102, 111 et suivantes.
- METCHINKOFF et ROUX. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1903, 28 juillet.
- Ann. de l'Institut Pasteur, 17^e année, déc. 1903, n° 12 ; 1^{ère} Mémoire, p. 809, 814, 820.
- Ann. de l'Institut Pasteur, 18^e année, janvier 1904, n° 1 (2^e Mémoire), p. 1 et suivantes.
- Ann. de l'Institut Pasteur, 18^e année, nov. 1904, n° 11 (3^e Mémoire), p. 658 et 659.
- Ann. de l'Institut Pasteur, 19^e année, nov. 1905 (5^e Mémoire), p. 673.
- NICOLAS. — La Syphilis, in Nouveau Traité de Médecine : G. H. Roger, E. Vidal, P. J. Tessier ; 1921.
- NICOLAS, FAVRE et ANDRÉ. — « Lyon-Médical », 1^{er} oct. 1905.
- NICOLLE (Ch.). — Recherches expérimentales sur l'inoculation de la syphilis au singe, Ann. de l'Institut Pasteur n° 10, oct. 1903, p. 636 et suivantes.
- PARÉ (Ambroise). — Œuvres complètes, 11^e Edition, Lyon, 1652, p. 445.
- PARODI. — Centralbl. für Bakteriologie, Orig. 1906, p. 428.

ROLLET (J.). — Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, Baillière, 1861.

— Traité des Maladies Vénériennes, Paris, Masson 1865.

SABOURAUD. — Urgence du diagnostic précoce du chancre induré, Entretiens dermatologiques (Nouvelle Série), Paris, Masson 1922, p. 280-286.

THIBIERGE. — La Syphilis et l'Armée, 1917, chap. IV, p. 39.

THIBIERGE et RAVAUT. — Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie, t. VI, n° 7, juillet 1905.

THIBIERGE, RAVAUT et LE SOURD. — « Le Spirochète pallida et le diagnostic de la Syphilis : Etude de Bactériologie clinique et Recherches expérimentales ». Bulletin de la Société de Médecine des Hôpitaux de Paris, 12 avril 1906, p. 383.

UHLENHUT et MULZER. — Berliner Klin, Woch n° 15, 10 avril 1911, p. 653-657.

VIGO (Jean de). — Le Mal Français. Collection des anciens syphiligraphes, p. 30.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique	13
CHAPITRE II. — Étude de la période initiale du chancre syphilitique expérimental.....	21
CHAPITRE III. — Les notions classiques sur la période initiale de l'accident primitif en clinique.....	37
CHAPITRE IV. — Observations.....	49
CHAPITRE V. Les signes cliniques du début de l'accident primitif de la syphilis.....	59
CONCLUSIONS.....	71
BIBLIOGRAPHIE.....	73
